Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

25 424 Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 279 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2015

Tijdens het Algemeen Overleg over de geestelijke gezondheidszorg (ggz) op 21 mei 2015 heb ik uw Kamer toegezegd voor het zomerreces verslag te doen van de voortgang om te komen tot een plan van aanpak voor de problematiek rond verwarde personen. In de afgelopen weken is er overleg geweest tussen de Ministeries van VWS, VenJ, BZK, SZW, de Vereniging Nederlandse Gemeenten, het Landelijk Platform GGz (patiënten), de Federatie Opvang, GGZ Nederland, de Nationale Politie en Zorgverzekeraars Nederland. Uw Kamer heeft mij verzocht om aanstaande woensdag aanwezig te zijn bij het debat over het rapport van de commissie Hoekstra. Ten behoeve van dit debat stuur ik uw Kamer de hoofdlijnen van het plan van aanpak. Daarmee kunnen partijen nu al aan de slag. De aanpak vergt ook nadere uitwerking. Daarover zal ik de komende tijd met de betrokken partijen overleggen. Voor de begrotingsbehandelingen van VWS en VenJ zal ik uw Kamer een stand van zakenbrief doen toekomen.

Aanleiding

De aandacht in de samenleving voor de opvang, zorg en ondersteuning voor verwarde personen neemt de laatste tijd snel toe. Organisaties als het Leger des Heils en de Federatie Opvang vragen aandacht voor de toename van verwarde personen op straat. De politie meldt daarnaast dat tussen 2011 en 2014 meer capaciteit is ingezet voor incidenten met verwarde personen[1]. De precieze oorzaken van deze stijging zijn lastig te duiden. Tegelijkertijd is het probleem van de verwarde personen er een van alle tijden, zoals ook korpschef Bouman van Nationale Politie opmerkte tijdens de hoorzitting over het rapport van de commissie Hoekstra op 29 juni 2015.

[1] Eind 2014 een stijging van 48% ten opzichte van 2011.

kst-25424-279
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

De groep mensen om wie het hier gaat is erg divers. Het zijn mensen met verschillende aandoeningen/beperkingen (psychiatrie, licht verstandelijke beperkingen, dementie, verslaving) en/of verschillende levensproblemen (schulden, dakloosheid, verlies van dierbaren, gebrek aan participatie, onverzekerd zijn, illegaliteit, enzovoorts). Vaak is het een combinatie. Het gaat om verwarde *gedragingen* van vaak kwetsbare mensen, die niet per definitie voortdurend verward *zijn*. Deze mensen worden verward genoemd op het moment dat zij, door de genoemde combinatie, afwijkend gedrag gaat vertonen. Door hun afwijkende gedrag veroorzaken zij overlast en kunnen zij een (acuut) gevaar voor zichzelf en/of hun omgeving vormen. Daarbij kan (verdacht zijn van) overtreding van de wet aan de orde komen. Betrouwbare cijfers over de precieze omvang van deze groep en de achtergronden van deze mensen zijn in Nederland op dit moment niet beschikbaar.

Een deel van de problematiek komt voort uit het feit dat mensen onverzekerd zijn. Omdat ze zich niet willen verzekeren, uit onbekendheid, het vergeten zijn of omdat ze het niet begrijpen en niet of onvoldoende in staat zijn zelf de stappen te zetten die nodig zijn om een zorgverzekering af te sluiten. De overgang tussen forensische zorg en reguliere zorg kan ook leiden tot onverzekerdenproblematiek, bijvoorbeeld in geval van het aflopen van een vrijheidsstraf. Onverzekerd zijn levert problemen op voor de zorg voor verwarde personen. Zowel bij het verlenen van acute zorg in geval van situaties op straat, als voor de vervolgzorg daarna. Over de verbeteringen in de keten van de acute ggz heb ik uw Kamer recent geïnformeerd[2]. In het geval van acute zorg zijn zorgaanbieders verplicht de zorg te leveren, ook voor niet-verzekerden, de kosten komen dan voor rekening van de patiënt. Als de patiënt vervolgens niet betaalt, bijvoorbeeld omdat er schulden zijn, komen de kosten voor rekening van de zorgaanbieders. Dat is niet wenselijk. Het risico bestaat dat verwarde personen, die niet verzekerd zijn, na een kortstondige acute behandeling, vervolgens niet de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben en in oude patronen terugvallen.

Ik zie goede voorbeelden onder meer in Amsterdam en Den Haag waar politie, ggz, gemeenten en andere instanties een coherente aanpak hebben ontwikkeld om mensen die zich verward gedragen op te vangen en naar de juiste zorg en ondersteuning toe te leiden. Tegelijkertijd zijn er signalen dat zeker nog niet overal in Nederland een sluitende infrastructuur voorhanden is. Dat betekent dat de kwetsbare mensen die het bij deze problematiek betreft niet overal kunnen rekenen op de juiste opvang, zorg en ondersteuning. De samenleving verwacht dat echter wel van alle betrokken organisaties en mag dat ook verwachten.

Aanpak

Het aanpakken van het vraagstuk is urgent en moet passen binnen diverse maatregelen die het kabinet heeft getroffen met als inzet om mensen langer in de eigen omgeving te laten wonen en participeren en (waar nodig) zorg en ondersteuning te krijgen in die eigen omgeving (hervorming langdurende zorg, decentralisaties Wmo 2015 en Jeugd, ambulantisering). Ook mensen die verward gedrag vertonen willen, net als iedereen, regie voeren over hun eigen leven, participeren in de maatschappij en een goed en veilig thuis hebben. Soms is dat in een instellingen, soms is dat begeleid wonen en vaak zal dat zelfstandig wonen zijn. Zij hebben daarbij hulp, zorg en ondersteuning nodig. Van het grootste belang is dat deze mensen zo snel mogelijk worden toegeleid naar de juiste plaats daarvoor. Concreet betekent dit dat duidelijk is welke

[2] Kamerstuk 25 424, nr. 265. Aanbieding SIRM-rapport «Knelpunten analyse acute GGZ»

hulp- of zorgverlener in de lead is als iemand verward is en dat de verschillende betrokken diensten en organisaties een gesloten keten vormen om mensen op die juiste plek te krijgen. Het is essentieel dat de sluitende keten van verzekerde zorg wordt gerealiseerd, zodat mensen ook daadwerkelijk zorg kunnen ontvangen. Daar waar er sprake is van strafbare feiten is het van belang om deze mensen snel in het juiste zorg- en/of straftraject te plaatsen extra groot, vanwege het risico voor de samenleving. Het rapport van de commissie Hoekstra dat afgelopen donderdag is gepresenteerd maakt dat indringend duidelijk. Daar waar er geen sprake is van strafbare feiten moet absoluut voorkomen worden dat deze mensen onterecht in een politieauto of politiecel terechtkomen[3]. Een dergelijke omgeving kan een traumatiserende werking hebben en daarnaast bevordert dit het stigma ten aanzien van deze groep mensen[4]. Dan is hulp, ondersteuning en zorg aangewezen. De snelle toeleiding moet gevolgd en ondersteund worden door een levensloopaanpak, waarbij naast vroegsignalering en preventie van escalatie, aandacht is voor alle leefgebieden (participatie, werk, wonen, schuldhulpverlening). Doel is immers om mensen een goed en veilig thuis te bieden, zodat ze zo normaal mogelijk kunnen participeren in de samenleving en zo veel mogelijk voorkomen kan worden dat ze in een verwarde toestand terecht komen. Voorkomen is beter dan genezen geldt hier ook. Er is echter ook een groep mensen die niets willen weten van de zorg en iedere hulp weigeren (zorgmijders). Deze groep mensen zal er alles aan doen om niet in behandeling te komen en wenst geen betrokkenheid van de zorg. Een extra aanpak en inzet zal helpen, maar we moeten ook realistisch zijn in hoeverre we zorg kunnen opdringen aan mensen die dat weigeren en die geen strafbare feiten plegen of weinig tot geen overlast veroorzaken. Dat neemt niet weg dat we door betere samenwerking tussen de verschillende instanties, door betere organisatie en met extra inzet er alles aan moet en zullen doen om dit probleem te minimaliseren.

In de kern gaat het er nu om dat alle partijen de handen ineen slaan om op lokaal niveau, onder regie van de gemeenten, die maatregelen te nemen die zorgen voor een sluitende, coherente aanpak van de problematiek rond verwarde personen en daaraan hun bijdrage te leveren. Ik roep alle partijen dringend op om met de volgende acties voortvarend aan de slag te gaan.

1. Elke gemeente is in staat om te beschikken over een triagevoorziening die zorgt voor snelle toeleiding tot zorg en ondersteuning. Deze voorziening werkt nauw samen met de Veiligheidshuizen, waarin de deelname van de ggz geborgd is.

Er is in Nederland een landelijk dekkend netwerk van 33 regionale Veiligheidshuizen[5]. Verwarde personen die overlast veroorzaken, een strafbaar feit hebben gepleegd, dan wel daarvan verdacht worden,

---

[3] Met betrekking tot dit punt is een motie door het lid Oskam ingediend en aangenomen (Kamerstuk 29 270, nr. 100).

[4] Ik zie hier een belangrijke rol weggelegd voor het werk van de stichting Samen sterk zonder stigma en zal hen betrekken bij de verdere uitwerking van het plan van aanpak.

[5] Veiligheidshuizen zijn netwerksamenwerkingsverbanden, die partners uit de strafrechtketen, de zorgketen, gemeentelijke partners en bestuur verbinden in de aanpak van complexe problematiek. Het doel van de samenwerking is het terugdringen van overlast, huiselijk geweld en criminaliteit. De ketenpartners signaleren problemen, bedenken oplossingen en voeren die samen uit. Werkprocessen worden op elkaar afgestemd, zodat strafrecht en zorg elkaar aanvullen. Er zijn lokaal verschillen als het gaat om de partners die in het Veiligheidshuis participeren. Een aantal organisaties participeert in alle Veiligheidshuizen: gemeenten, politie, OM, Raad voor de Kinderbescherming, Reclasseringsorganisaties, welzijnsorganisaties. Een aantal organisaties is (nog) niet in alle Veiligheidshuizen vertegenwoordigd: Halt, Dienst Justitiële Inrichtingen, Bureau Jeugdzorg, GGD, GGZ, algemeen maatschappelijk werk, verslavingszorg en Slachtofferhulp Nederland.

worden besproken in het Veiligheidshuis. Zorg is vaak beter dan straf; repressie is vaak niet het enige antwoord, maar een goede combinatie van maatregelen op het vlak van preventie, repressie en nazorg is cruciaal. Als in het Veiligheidshuis wordt gesignaleerd dat geestelijke gezondheidszorg in plaats van straf of een maatregel noodzakelijk is, start de ggz een zorgtraject. Waar dat nog niet het geval is wordt de ggz-sector betrokken bij het Veiligheidshuis, op het juiste niveau en met voldoende deskundigheid.

Partijen zullen ervoor zorgen dat gemeenten in staat zijn om voor het einde van het jaar een triagevoorziening gerealiseerd te hebben. Dit gebeurt door een krachtige impuls aan de bestaande structuren of het opzetten van een nieuwe structuur waar dat nodig is. Daarbij speelt zowel acute triage (bijvoorbeeld in een multidisciplinaire meldkamer) als vroegsignalering een belangrijke rol. Wijkteams ter plaatse moeten in nauwe verbinding staan met de wijkagent en voldoende specifieke kennis hebben met betrekking tot vroegsignalering van kwetsbare personen, om verwarde personen zo nodig op te vangen en te begeleiden (zowel reactief als proactief (nood)verbanden leggen). Iedere gemeente is vrij in de wijze van inrichting van een dergelijke voorziening. In de triagevoorziening wordt in geval van incidenten en crises besproken of een zorgtraject, ondersteuningstraject, een strafrechtelijk traject of een combinatie daarvan is aangewezen. De Veiligheidshuizen staan in directe verbinding met de gemeenten (en daarmee met de triagevoorziening).

De samenwerking en informatie-uitwisseling tussen politie, OM, ggz en gemeenten is cruciaal. Deze uitwisseling leidt ertoe dat voor de diverse categorieën verwarde personen toeleiding tot zorg en ondersteuning is geregeld. Informatie delen wordt de norm. Natuurlijk gaat het daarbij alleen om informatie die nodig is om een goede triage te laten plaatsvinden. Belangrijk aandachtspunt is het medisch beroepsgeheim. Het rapport van de commissie Hoekstra refereerde hier ook aan. Het medisch beroepsgeheim is een heel belangrijke randvoorwaarde in de zorg. Het medisch beroepsgeheim geeft de patiënt het vertrouwen dat wat in de spreekkamer wordt gewisseld en in het patiëntendossier wordt opgeschreven niet met derden wordt gedeeld. Natuurlijk zijn er uitzonderingen mogelijk, maar het beroepsgeheim wordt niet zomaar opzij gezet. In de triagevoorziening zal de inbreng van de ggz gebonden zijn aan het medisch beroepsgeheim. Dit legt beperking op aan die inbreng. We moeten goed kijken of hier belemmeringen liggen die een goede werkwijze in de weg staan. Het vergt nader onderzoek of aanpassingen wenselijk en mogelijk zijn. De nieuwe factsheet medisch beroepsgeheim, die ik uw Kamer op 30 juni 2015 heb gestuurd, geeft meer inzicht in de regels en uitzonderingen rond het medisch beroepsgeheim.

Binnen de huidige kaders van het medisch beroepsgeheim wordt in de praktijk ook al goed samengewerkt, bijvoorbeeld in Amsterdam en Den Haag, waardoor mensen snel op de juiste plaats terecht komen. Uit een korte analyse van goede voorbeelden blijkt dat de volgende uitgangspunten vaak terug komen:
– *Snel:* directe passende zorg voor alle verwarden
– *Professioneel:* inzet van verschillende expertises (met behoud van eigen verantwoordelijkheden) om adequate zorg en ondersteuning te bieden.
– *Humaan:* rustige prikkelarme omgeving (aangepaste zorgcellen of bijvoorbeeld de psycholance in Amsterdam).
– *Dichtbij de burger:* aansluiten bij de decentralisaties in het gemeentelijk domein, pilots op wijkniveau, samenwerking met wijkteams/ buurtteams

– *Verbinding tussen zorg en veiligheid:* samenwerking en informatie-uitwisseling in een keten van veel partijen.

Deze uitgangspunten kunnen de basis vormen voor de ontwikkeling van een handreiking/toolkit voor gemeenten om samen met betrokken partijen op lokaal niveau om de voorziening in te richten en voor professionals om daarnaar te handelen. Onderdeel van deze handreiking zal ook zijn op welke wijze de registratie bij de triagevoorziening en wijkteams op elkaar is aangesloten, zodat goede op- en afschaling mogelijk is. Bij de ontwikkeling van de handreiking kan inspiratie worden opgedaan bij de zgn. «ZSM» aanpak van politie en OM[6] en bijvoorbeeld de aanpak Veilig Thuis. Kort na de zomer wordt een handreiking/toolkit opgeleverd. VNG neemt het voortouw om deze handreiking samen met betrokken partijen (waaronder in ieder geval de Nationale Politie en GGZ Nederland) te ontwikkelen.

2. Alle personen die in beeld komen krijgen een persoonlijke aanpak

Vanwege de verschillen in achterliggende multiproblematiek, zal elke persoon die wordt doorgeleid een eigen aanpak moeten krijgen, waarbij de hoofdverantwoordelijke instantie en overige contacten zo snel mogelijk in beeld komen en in onderling overleg tot die aanpak komen. Daarin is aandacht voor de verschillende domeinen waarop zich problemen kunnen voordoen (psychische problemen, schulden, wonen, participatie, werk, etc.). Van belang is dat partners elkaar op lokaal niveau weten te vinden in lokaal overleg en relevante informatie onderling uitwisselen. In de handreiking /toolkit zal hierop worden ingegaan.

3. Er dient een sluitende keten van verzekerde zorg te zijn

In gevallen waarin personen verward op straat lopen wordt direct gecontroleerd of diegene verzekerd is, dan wel een detentiestatus heeft (en daarmee verzekerd is). Indien dat niet na te gaan is, bijvoorbeeld vanwege het ontbreken van een woon- of verblijfplaats of het niet kunnen vaststellen van de identiteit of BSN, dan geldt de gemeente waarin de verwarde persoon is aangetroffen als verblijfplaats. Daarmee kan voor de betreffende persoon per direct een zorgverzekering worden afgesloten. Daarmee vervalt voor zorgaanbieders het risico dat zij op eigen kosten onverzekerden behandelen, en kan ook de niet-acute behandeling plaatsvinden. Wanneer iemand zich niet wil inschrijven in het BRP en daarmee niet verzekerd kan worden, dan wordt van gemeentewege een briefadres aan deze persoon verstrekt, waarmee de verzekering kan worden afgesloten. VNG en verzekeraars brengen uiterlijk eind augustus in kaart wat er voor nodig is om de sluitende keten van verzekerde zorg te realiseren en hoe de administratieve processen ingericht dienen te worden zodanig dat verzekerde zorg te allen tijde geregeld is en partijen snel kunnen handelen.

Onderzoeksagenda

De bovengenoemde acties worden ondersteund door een onderzoeksagenda. Informatie uit lopende onderzoeken zal worden gebruikt bij de verdere uitwerking van het plan van aanpak dat uw Kamer voor de begrotingsbehandeling ontvangt.

---

[6] ZSM staat voor «Zo spoedig, slim, simpel, selectief en samen mogelijk». In de ZSM-werkwijze wordt na aanhouding van de verdachte zo spoedig mogelijk besloten over het afdoeningstraject. Waar mogelijk wordt direct een afdoeningsbeslissing genomen. Het gaat hierbij om betekenisvolle interventies, waarbij verdachten een passende reactie krijgen en recht wordt gedaan aan de positie van het slachtoffers.

Voor een doeltreffende aanpak is het van belang om te weten om welke mensen het gaat. Op korte termijn neemt de VNG het initiatief om, samen met de andere betrokken partijen, de goede voorbeelden van samenwerking tussen politie, ggz, gemeenten, zorgverzekeraars en andere relevante partijen rondom de triage van verwarde personen gestructureerd te inventariseren. Het gaat erom om dat typen van verwarde personen worden geïnventariseerd en de problematiek en de verantwoordelijkheid die op de diverse spelers rust in onderlinge samenhang goed beschreven dient te worden. Uit de inventarisatie worden de belangrijkste aspecten gedestilleerd die de basis vormen voor de hierboven genoemde handreiking. De goede voorbeelden worden actief uitgedragen, gedeeld en verspreid.

Aan de Nationale Politie wordt gevraagd de inventarisatie van de gemeenten te ondersteunen door met voorrang de meldingen te analyseren die zij registreert over haar inzet rond verwarde personen (e33 meldingen) om deze groep personen en hun verschillende achtergronden en problematiek in beeld te krijgen. De Nationale Politie kijkt of ze op basis van de gestelde diagnose daarbij de volgende indeling kunnen hanteren:

a. Mensen met een strafrechtelijke titel waarbij sprake is van forensische zorg (klinische zorg, ambulante zorg of beschermd wonen);
b. Mensen die in aanraking komen of zijn geweest met zowel strafrechtelijke als GGZ zorg, die soms gevaarlijk zijn voor zichzelf of anderen, maar waarbij op dit moment geen strafrechtelijk traject loopt;
c. Mensen die hulp behoeven, overlast veroorzaken maar niet (direct) gevaarlijk zijn;
d. Mensen die verward gedrag vertonen maar geen overlast veroorzaken of anderen kwaad doen.

Het Trimbos instituut onderzoekt de ambulantisering in de GGZ (monitor ambulantisering) en neemt daarin ook de regionale verschillen in afbouw van beddencapaciteit in de ggz en opbouw van ambulante zorg / FACT teams mee.

Relatie met forensische zorg en verplichte ggz

De overgang tussen forensische zorg en reguliere zorg moet goed geborgd zijn en soepel verlopen om te voorkomen dat mensen onvoldoende toegerust weer in de samenleving terugkeren. Daar waar het vooral gaat om het vraagstuk van de continuïteit van zorg tussen forensische en reguliere zorg, werkt de stuurgroep Continuïteit van zorg aan haar rapport met aanbevelingen en voorstellen voor verbeteracties. Dat rapport zal spoedig gereed zijn.

Belangrijke vooruitgang wordt geboekt als de huidige opnamewet BOPZ wordt vervangen door een behandelwet, de wet verplichte ggz (Wvggz). Snelle parlementaire behandeling van de wet verplichte ggz acht ik in dit kader daarom essentieel. Wanneer op dit moment op grond van de Wet BOPZ een inbewaringstelling aan iemand wordt opgelegd door de burgemeester, moet er sprake zijn van een psychische stoornis of het ernstige vermoeden daarvan, als gevolg waarvan er acuut gevaar is en dat gevaar niet anders kan worden afgewend dan door opname in een instelling. Onder de Wvggz heet de inbewaringstelling een crisismaatregel. De criteria voor het afgeven van een crisismaatregel zijn dezelfde: er moet nog steeds sprake zijn van een psychische stoornis of het ernstige vermoeden daarvan en er moet sprake zijn van acuut gevaar. Wel kan het gevaar ook op andere wijze worden afgewend dan door opname in een instelling, dat zou ook kunnen dus betrokkene thuis medicatie te geven, te behandelen dus.

Een heel belangrijke verbetering ten opzichte van de Wet BOPZ is dat de Wvggz de mogelijkheid biedt om in afwachting van de beslissing over een crisismaatregel een persoon die in crisis verkeert, tijdelijk in zijn vrijheid te beperken en over te brengen naar een plaats voor verder onderzoek. Dat kan voor maximaal 12 uur. Door deze bepaling kan de politie verwarde personen die geen ernstige strafbare feiten hebben gepleegd, maar wel de veiligheid van anderen personen in gevaar kunnen brengen, aanhouden om met behulp van deskundigen te kunnen beoordelen wat de oorzaak is van de verwardheid (psychische stoornis, overmatig gebruik van drugs of alcohol of nog anders) en wat er verder moet gebeuren.

Er zijn echter gevallen waar langer de tijd voor nodig is dan 12 uur om te kijken wat er met iemand aan de hand is. Of iemand een psychische stoornis heeft, is namelijk niet altijd op voorhand duidelijk. Daar is soms een langere observatieperiode voor nodig, omdat een cliënt sterk wisselend gedrag kan vertonen. Ook is op voorhand niet altijd duidelijk wat de omvang en ernst en het gevaar is., Daar is aanvullende informatie voor nodig (van politie, OM, familie, buren enzovoorts). In die gevallen zou wenselijk zijn iemand gedurende een korte periode naar een instelling te kunnen overbrengen om deze persoon te laten observeren om zo te bepalen wat er aan de hand is en wat deze persoon nodig heeft. Een zogenaamde «time-out»-procedure. De Wet BOPZ biedt daarvoor momenteel geen mogelijkheden. Uit de zorg ontvang ik signalen dat het zou helpen als die mogelijk er wel zou zijn. Deze procedure gaat verder dan de bovengenoemde verbetering die nu reeds met de Wvggz wordt ingevoerd. Ik zal, mede hand van een internationale vergelijking en aan de hand van de jurisprudentie van het EHRM, die mogelijkheid van een time-out procedure onderzoeken en bekijken of en wat dan geregeld zou kunnen worden. Dit is nog geen onderdeel van de nota van wijziging bij de Wvggz die op dit moment in voorbereiding is. Ik realiseer me dat een dergelijke interventie vergaand is en ingrijpt op de persoonlijke vrijheid. Eventuele toepassing zal een wetswijziging vergen.

We moeten ons blijven realiseren dat de uiteindelijke beslissing van een psychiater tot verplichte opname van iemand mensenwerk blijft. Betere informatie, de tijd om de familie te raadplegen en iemand te observeren zal zeker helpen, maar welke wet er ook komt, inschattingsfouten zijn nooit helemaal uit te sluiten. Wel hoor ik signalen uit de praktijk dat tot opname wordt besloten door een psychiater, maar dat het besluit dat verplichte opname *niet* nodig is, vaak wordt genomen door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Ik zal nader bekijken of dit zo is en of dat wenselijk is.

Aanjaagteam

Alle partijen onderschrijven de urgentie om tot een sluitende aanpak voor deze groep mensen te komen. De uitvoering van deze acties zal daarom strak worden gemonitord door een «aanjaagteam» bestaande uit enkele boegbeelden uit het lokale bestuur, de cliëntenvertegenwoordiging, de politie en de ggz. Deze commissie zal voor het eind van het jaar in ieder geval inventariseren op welke wijze in elke gemeente in Nederland de adequate triage een toeleiding naar de juiste zorg van verwarde personen is geregeld. Tegelijkertijd biedt de commissie aan lokale partijen de ruimte om knelpunten, die zij tegenkomen bij de uitvoering van deze acties en die op landelijk niveau aangepakt moeten worden, in te brengen en op die manier snel naar het landelijke niveau te tillen.

Financiële consequenties

Het Kabinet realiseert zich dat de uitvoering van de genoemde acties veel vraagt van alle partijen. Het is van groot belang dat partijen kunnen bouwen op de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de genoemde acties en samen optrekken. Daar waar betrokken partijen op lokaal niveau aanlopen tegen schotten (wettelijk, financieel) in het gehele netwerk van de cliënt wanneer men continuïteit van zorg en ondersteuning probeert te regelen, zal worden gekeken naar «improvisatieruimte». Het is goed mogelijk dat de uitvoering van het plan van aanpak extra investeringen vraagt van alle partijen. Gezamenlijk zal het Kabinet met gemeenten en andere partijen een begroting opstellen die aansluit bij het ambitieniveau van dit plan van aanpak. Ik zal uw Kamer voor de begrotingsbehandeling nader informeren over de financiële consequenties van de bovengenoemde acties en de acties die nog voortkomen uit het nader uitgewerkte plan van aanpak nodig zijn.

Tenslotte

Het probleem van de verwarde personen is niet nieuw, het is een hardnekkig probleem met vele oorzaken dat al vele jaren speelt en ook mede aanleiding is voor de nieuwe Wvggz. De afgelopen jaren is het ggz-beleid ook meer gericht op preventie en vroegsignalering. Door de opzet van de sociale wijkteams, door de praktijkondersteuner ggz bij de huisarts die drempelloos toegankelijk is voor iedereen, door verlegging van het accent van opname naar het vanaf een vroeg stadium begeleiden van mensen in de thuissituatie door de zgn. FACT teams en de inzet van de generalistische basis ggz, beogen we de kwaliteit van zorg te verbeteren en escalatie te voorkomen. Niet alles is te voorkomen. Daarom blijft instellingszorg belangrijk. Ook is het nodig om de samenwerking tussen alle afzonderlijke instantie te versterken; OM, politie, justitie, gemeenten, ggz, de opvang en andere betrokkenen zullen beter moeten samenwerken. Dit plan van aanpak is daarvoor een belangrijke impuls.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers